

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA LOS SERVICIOS DE DESARROLLO INFANTIL Y CERTIFICACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

CD9600 Página 1 (Rev. 12/97)

Nombre de la Agencia _____
 N° de Identificación/Caso de la Familia _____
 Fechas de Solicitud: Servicio Subsidiado Inicial _____
 Primer Día de Matricula _____
 Rectificación de la Agencia _____

Nota: Regulaciones estatales requieren una solicitud y certificación formales para los servicios de desarrollo infantil. Ud. recibirá una notificación escrita sobre su elegibilidad a más tardar 30 día de la fecha de su firma en este formulario. La elegibilidad se determina en base a la necesidad por servicios de desarrollo infantil y ya sea a la condición de CalWORK o al ingreso mensual bruto ajustado en relación al tamaño de la familia. Este formulario debe ser completado por un representante de la agencia consultando con la familia. Refiérase a las instrucciones para completar este formulario.

SECCIÓN I. IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA: Si Ud. es padre soltero/tutor, marque el recuadro

Nombre del Padre/Tutor A	Sexo	S.S. #	Tel. (casa)	Tel. (trabajo/escuela)
Nombre del Padre/Tutor B	Sexo	S.S. #	Tel. (casa)	Tel. (trabajo/escuela)
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Código FIPS

SECCIÓN II. ELEGIBILIDAD DE LA FAMILIA Y LA RAZÓN PARA NECESITAR SERVICIO

A. Condición de Elegibilidad de la Familia (Marque tantas como apliquen - La Sección A no necesita completarse para solicitantes de Cuidado para Niños de Edad Escolar y Desarrollo del Infante (GSAP) o para niños que reciben servicio en los programas de Severamente Incapacitados - GHAN).

<input type="checkbox"/>	Servicios Protectores (Documentación adjunta)	<input type="checkbox"/>	Elegible por los Ingresos (Documentación adjunta)	<input type="checkbox"/>	Sin Hogar (Testimonio del padre adjunto)
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	--

B. Razón para necesitar servicio. Indique todas las razones de necesidad de cuidado infantil por cada adulto anotado arriba. Indique "A" o "B" refiriéndose al padre/tutor arriba mencionado o "C" por el niño. Adjunte la documentación. (Esta sección no atañe a los Programas Preescolares Estatales - GPPE)

Padre/Tutor Niño	Razón para Necesitar Servicio	Padre/Tutor	Razón para Necesitar Servicio	Padre/Tutor	Recipientes de CalWORKs solamente
	Se recomienda al niño para los servicios protectores debido a negligencia, abuso, explotación o riesgo.		Educación o instrucción		Actividades CalWORKs Fecha en que la familia fue inelegible para la ayuda
	<input type="checkbox"/> Padre/Tutor o <input type="checkbox"/> Niño incapacitado debido a necesidades especiales médicas (o) siquiátricas		Buscando empleo activamente		Distribución Fecha _____
	Trabajando		Buscando vivienda permanente		Registre fecha de entrada en cada etapa: Etapa 1 _____ Etapa 2 _____ Etapa 3 _____

C. Información sobre Empleo/Entrenamiento - Debe ser completado por cada adulto arriba anotados en la Sección I para documentar la necesidad en base a empleo o entrenamiento (Adjunto la documentación)

Padre Tutor	Empleador/Escuela	Domicilio							Ciudad	Código Postal
A										
A										
Días y Horas de trabajo/entrenamiento	De: A:	Lun.	Mar	Mie.	Jue	Vie	Sab	Dom.		
Padre Tutor	Empleador/Escuela	Domicilio							Ciudad	Código Postal
B										
B										
Días y Horas de trabajo/entrenamiento	De: A:	Lun.	Mar.	Mie.	Jue.	Vie.	Sab.	Dom.		

SECCIÓN III. TAMAÑO E INGRESO MENSUAL BRUTO AJUSTADO DE LA FAMILIA

A. Ingreso Mensual de la Familia - Todas las fuentes de ingreso mensual ajustado (Adjunte verificación y documentación) \$ _____
 C. Tamaño de la familia (Para calcular el tamaño de la familia, refiérase a las instrucciones de los "Términos y Condiciones de los Fondos") _____

B. Fuentes de Ingreso de la Familia (Marque todo lo que aplique - No cuente las áreas grises en la Sección III. A. de arriba)

<input type="checkbox"/>	Empleo incluyendo el empleo por su cuenta	<input type="checkbox"/>	Otros programas federales de ingresos efectivos (tales como SSI)
<input type="checkbox"/>	Manutención de los Hijos	<input type="checkbox"/>	Comprobante de vivienda o asistencia en efectivo
<input type="checkbox"/>	Efectivo u otra asistencia bajo el Título IV del Acta del Seguro Social	<input type="checkbox"/>	Asistencia bajo el Acta de las Estampillas de Alimentos de 1977

	(TANF)		
	Programa estatal por el cual el gasto del Estado se cuenta para TANF MOE		Otro

La sección III B. es sólo para propósitos de recopilar información federal y no necesita completarse antes de la provisión de los servicios de cuidado infantil.

SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA LOS SERVICIOS DE DESARROLLO INFANTIL Y CERTIFICACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

CD 9600 Página 2 (Rev. 12/97)

SECCIÓN IV. DATOS DE LOS NIÑOS - Enumere a todos los niños que residen en el hogar y que se cuentan en el tamaño de la familia.

Datos de todos los niños que residen en el hogar			Llene sólo los datos de los niños que sirve su agencia			Para niños matriculados en más de un programa o local. Use líneas adicionales conforme las necesite.													
1) Nombre y SS# del Niño	2) Sexo		3) Fecha de Nacimiento mes/día/año	4) Código de Necesidades Especiales	5) E T N I A	6) Lengua Materna		7) Código del Programa	8) Código del Tipo de Cuidado	9) Horas de Cuidado por Día									
	M	F				Código de Lengua	¿Es su Inglés limitado?			L	M	M	J	V	S	D			
										E									
SS#										V									
										E									
SS#										V									
										E									
SS#										V									
										E									
SS#										V									
										E									
SS#										V									

SECCIÓN V. CERTIFICACIÓN Y FIRMA DEL PADRE/TUTOR

<p>1. Declaro bajo pena de perjurio que la información arriba mencionada es verdadera y correcta según mi entender.</p> <p>2. Notificaré a la agencia inmediatamente si es que hay algún cambio en mis ingresos, el tamaño de la familia, residencia, empleo o razón para necesitar servicios de desarrollo infantil.</p> <p>3. Entiendo que la información sobre mi elegibilidad puede ser revisada por representantes del Estado de California, el Gobierno Federal, auditores independientes y otras personas según como sea necesario para la administración del programa.</p> <p>4. Entiendo que si la agencia niega esta solicitud para recibir servicios, tengo derecho a apelar.</p>	<p>5. Entiendo que debo renovar mi elegibilidad por lo menos una vez al año (al menos una vez cada seis meses para los servicios protectores de los niños). Además entiendo que si no renuevo mi elegibilidad, ya no calificaré para los servicios subsidiados de cuidado infantil para mi hijo(a).</p> <p>6. Entiendo que recibiré una notificación aprobando o desaprobando mi solicitud dentro de treinta (30) días a partir de la fecha que firmo este formulario.</p> <p>7. Entiendo que esta certificación no está completa hasta que toda la documentación sea entregada y este formulario haya sido revisado, firmado y fechado por un representante de la agencia y firmado y fechado por mí.</p>
<p>Firma _____</p> <p>Fecha _____</p>	<p>Parentesco con el niño:</p> <p><input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> TUTOR <input type="checkbox"/> PADRE ADOPTIVO</p> <p><input type="checkbox"/> OTRO; por favor describa _____</p>

SECCIÓN VI. CUOTA DE LA FAMILIA (Vea la hoja de tarifas)

Tipo de Cuota	Tiempo Completo	Medio Tiempo
A. Cuota diaria (si alguna)		
B. Cuota por hora (si alguna)		

SECCIÓN VII. Sólo para Uso de la Oficina (La certificación no está completa hasta que la elegibilidad sea revisada, firmada y fechada por un representante de la agencia)

CONDICIÓN DE ELEGIBILIDAD <input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> Negada	Fecha en que se envió la Notificación de Acción (adjunte copia)	Fecha en que se entregó la Notificación de Acción (adjunte copia)	Primer día de Matrícula	Último día de Matrícula
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA AGENCIA	TITULO		Número de Teléfono	Fecha
FIRMA DEL SUPERVISOR (Opcional)	TITULO		Número de Teléfono	Fecha

**Instrucciones para Llenar el Formulario CD 9600:
Solicitud Confidencial para los Servicios de Desarrollo Infantil y Certificación de la Elegibilidad**

Un CD 9600 (o documentación que contiene la misma información) debe llenarse y ser firmado por el padre y un representante de la agencia antes de que el niño entre al programa de desarrollo infantil. Cualquier contratista de la División de Desarrollo Infantil del Ministerio de Educación de California que recibe a un cliente de CalWork de un departamento de bienestar social del condado, aceptará la referencia como verificación de la elegibilidad y necesidad de la familia. No se requerirá documentación adicional en la admisión inicial y los servicios de cuidado infantil deben comenzar inmediatamente. La certificación debe ser renovada por lo menos una vez al año (por lo menos una vez cada seis meses para los servicios protectores de los niños). Las familias deben notificar a la agencia inmediatamente si hay cambios en sus condiciones familiares, el tamaño de la familia, ingresos, residencia o la necesidad de cuidado infantil. Si tales cambios suceden, el personal e la agencia debe actualizar la certificación. La notificación de los cambios, excepto por el de residencia, no se requieren para los programas de Preescolar (GPPE), Cuidado para Niños de Edad Escolar y Desarrollo del Infante (GSAP) o los de Severamente Incapacitados (GHAN). Todos los formularios y documentación de certificación deben mantenerse en el expediente de la familia.

NOMBRE DE LA AGENCIA: Inserte en este espacio el nombre de la agencia que provee/subsidia los servicios de cuidado infantil.

Nº DE IDENTIFICACIÓN/CASO DE LA FAMILIA: Éste es un campo opcional y puede usarse si la agencia asigna un número de identificación o caso para cada familia.

FECHAS DE SOLICITACIÓN:

Servicio Subsidiado Inicial: Éste es el mes y año más próximos en el niño(s), como se indica en este formulario CD 9600, empezaron a recibir por primera vez servicios de cuidado infantil subsidiados de cualesquiera Departamentos de Bienestar Social de California o cualquiera programa subsidiado por la División de Desarrollo Infantil. **Todo CD 9600 debe tener la fecha y el año registrados en este campo.** Esta información es para propósitos de reporte de datos.

Primera Fecha de Matrícula: Registre la primera fecha de matricula por la agencia nombrada en este CD 9600. Ésta es la misma fecha que se registra en la SECCIÓN VII.- “Primer día de matrícula”

Recertificación de la Agencia: Registre la fecha en que la agencia nombrada en este CD 9600 recertificó a la familia para recibir servicios de cuidado infantil.

SECCIÓN I. IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Si el niño vive sólo con un padre/tutor, marque el recuadro en la línea próxima a la **Sección I.**

A. Información acerca del Padre/Tutor A. Para el primer adulto que reside en la misma casa que el niño(s), complete todos los segmentos de la Sección I. A. incluyendo la información sobre el domicilio. Para propósitos de estas instrucciones y la certificación de elegibilidad, un padre/tutor será una persona que tiene la responsabilidad del niño. Por lo tanto, “padre/tutor” podría referirse, por ejemplo, a un padre biológico, un padrastro/madrastra, un abuelo(a), un padre adoptivo o tutor o un custodio legal.

Código FIPS. Vea la sección “Códigos FIPS” en estas instrucciones para determinar el código FIPS que identifica el Estado y Condado donde reside el padre/tutor.

B. Información acerca del Padre/Tutor B. Si un segundo padre/tutor reside en la misma casa que el niño y es incluido en el cálculo del tamaño de la familia, complete todos los segmentos en la Sección II, B.

SECCIÓN II. ELEGIBILIDAD DE LA FAMILIA Y LA RAZÓN PARA NECESITAR SERVICIO

A. Condición de Elegibilidad de la Familia. Marque todas las categorías de elegibilidad para las que califica la familia. Esta sección no necesita completarse para los Programas de Cuidado para Niños de Edad Escolar y Desarrollo del Infante (GSAP) o los de Severamente Incapacitados (GHAN).

B. Razones para Necesitar Servicio. Para cada padre/tutor u otro adulto incluido en el tamaño de la familia, anote una “A” o “B” todas las razones para necesitar servicios y adjunte la documentación apropiada. Si el niño es invalido o severamente incapacitado, anote una “C” en la columna apropiada. Las Secciones B y C no aplican para los programas Preescolares Estatales (GPPE).

Recipientes de CalWORK solamente:

Este recuadro debe ser completado por **todos** los recipientes de CalWORK.

- Si un padre/tutor está completando las actividades de CalWORK, anote una “A” y/o “B” in el recuadro titulado “Actividades CalWORKs”.
- Si un padre/tutor ha recibido un pago de distribución, anote una “A” y/o “B” en el recuadro titulado “Distribución”.
- En recuadro titulado “ Registre la fecha de entrada en cada etapa” anote la fecha inicial de entrada en cada etapa.
- **Para la Etapa 2 , familia que ya no son elegibles para ayuda, registre la fecha en que la familia se volvió inelegible para recibir ayuda en el recuadro “ Fecha en que la Familia fue Inelegible para la Ayuda”.**

C. Información sobre Empleo/Entrenamiento. Por cada padre/tutor, registre el nombre y la dirección del empleador o institución de entrenamiento/educación conforme sea apropiado. Esta sección no aplica para los programas Preescolar Estatal (GPPE) o para el de Severamente Incapacitados (GHAN).

Días y Horas de Trabajo/Entrenamiento. Anote el comienzo y el final de las horas por cada día que el padres está empleado o en un programa de entrenamiento.

SECCIÓN III. TAMAÑO E INGRESO MENSUAL BRUTO AJUSTADO DE LA FAMILIA

A. Ingreso Mensual de la Familia. Registre el total de todas las fuentes de ingreso mensual bruto ajustado. Todos los ingresos deben verificarse.

B. Fuentes de Ingreso de la Familia. Marque cada recuadro para identificar todas las fuentes de ingreso de la familia.

- Los recuadro en gris deben ser completados por los recipientes de CalWORK. Si la información especifica no está disponible, marque los dos recuadros en gris para todos los recipientes de CalWORK.
- Los recuadros en gris no deben contarse en el total del ingreso mensual ajustado de la familia.

**Instrucciones para Llenar el Formulario CD 9600:
Solicitud Confidencial para los Servicios de Desarrollo Infantil y Certificación de la Elegibilidad**

SECCIÓN III. TAMAÑO E INGRESO MENSUAL BRUTO AJUSTADO DE LA FAMILIA (Continuación)

La sección III. B. es sólo para propósitos de recopilar información federal y no necesita completarse antes de la provisión de los servicios de cuidado infantil.

C. Tamaño de la Familia. Registre el número total de la familia, incluyendo (1) a todos los padres/tutores incluidos en el CD 9600, (2) todos los niños nombrados en la Sección V, (3) cualquier otro adulto incluido en un segundo CD 9600, y (4) cualquier otro niño/s nombrados en un segundo CD 9600.

SECCIÓN IV. DATOS DE LOS NIÑOS

Nota: Complete las columnas 1 y 3 de esta sección para todos los niños de 18 años o menos que residen en el hogar. Si necesita más espacio para anotarlos, use un segundo CD 9600 y adjúntelo al formulario completo CD 9600.

1. **Nombre y Número de Seguro Social del Niño.** Enumere a todos los niños que residen en el hogar, de 18 ó menos, relacionados por sangre, matrimonio o adopción al padre(s)/tutor(es) del niño(s) que son servidos. Incluya el número de seguro social sólo de aquellos niños que reciben cuidado a través de esta certificación. El seguro social del niño es opcional.
2. **Sexo.** Marque el recuadro apropiado en la columna 2 por cada niño que recibe cuidado por medio de esta certificación.
3. **Fecha de Nacimiento.** En la columna 3 anote las fechas de nacimiento de todos los niños enumerados en la columna 1 siguiendo este formato: mes/día/año.
4. **Código de Necesidades Especiales.** Vea la Sección de los “Códigos de Necesidades Especiales” en estas instrucciones para determinar el código de necesidades especiales que deberían registrarse en la columna 4.
5. **Etnia.** Vea la sección de “Códigos de Etnia” en estas instrucciones para determinar el código(s) de etnia que debería registrarse en la columna 5. Registre todos los códigos que aplican a cada niño.
6. **Lengua Materna.** Vea la sección “Códigos de Lenguas Maternas” en estas instrucciones para determinar el código de la lengua materna que debe indicarse en la columna 6. Use sólo los códigos que se proveen. Reporte el idioma que el niño habla mejor. Indique con una marca ✓ en la columna 6, si el inglés del niño es limitado o no. Esta columna debe completarse si usted pide reembolso LEP para este niño.
7. **Código del Programa.** Vea la sección “Códigos del Programa” en estas instrucciones para determinar el código(s) del programa que debería registrar en la columna 7. Registre un código por línea por cada niño que recibe servicios de cuidado infantil por medio de esta certificación. Si el niño está matriculado en más de un programa o con más de un proveedor, use líneas adicionales para registrar esta información en las columnas 7-9 solamente para este niño.
8. **Tipo de Cuidado y Parentesco con el Niño.** Vea la sección “Códigos de Tipo de Cuidado” en estas instrucciones para determinar el código de tipo de cuidado que debería registrarse en la columna 8. Registre al proveedor o nombre del local en el espacio que se provee.
9. **Horas de Cuidado por Día.** Registre la cantidad de servicios de desarrollo infantil necesitados cada día en la columna 9. Use la línea superior (marcada con “E”) para indicar la cantidad de cuidado necesitado cuando la Escuela está en sesión; use la línea inferior (marcada

con “V”) para indicar la cantidad de tiempo necesitada durante las vacaciones. Para preescolares, utilice sólo la línea superior para registrar la cantidad de cuidado necesitada.

Nota: Para las familias que tienen horarios variados, registre las horas de matrícula promedio que se necesitan para recibir los servicios de cuidado infantil cada día. Adjunte un horario detallado que refleje esta matrícula promedio en un periodo de un mes.

SECCIÓN V. CERTIFICACIÓN Y FORMA DEL PADRE/ TUTOR

Lea y explique las condiciones de elegibilidad y necesidad al padre/tutor y asegúrese que las entienda antes de firmar la solicitud. Antes de que el representante de la agencia firme el formulario, el padre/tutor que completa la solicitud debe firmar y fechar el formulario e indicar su parentesco con el niño.

SECCIÓN VI. CUOTA DE LA FAMILIA

- A. **Cuota diaria.** Consulte la hoja de tarifas elaboradas por la División de Desarrollo Infantil y registre la cuota correcta por el tamaño de la familia (Sección III. C), ingreso familiar (Sección III. B) y la cantidad de cuidado requerido (Sección IV, Columna 9).
- B. **Cuota por Hora.** Si no colecta cuotas por hora, deje este espacio en blanco.

SECCIÓN VII. Sólo para Uso de la Oficina

El representante de la agencia debe completar los puntos en esta sección.

La certificación no está completa hasta que sea firmada y fechada por el representante de la agencia.

La “Firma del Supervisor” es un campo opcional y no requiere.

COMPLETANDO EL FORMULARIO

Siga estos procedimientos una vez que haya completado la certificación de la familia:

- A. Archive el formulario llenado en el expediente de la familia.
- B. Si la familia tiene una certificación nueva o actualizada, añádala al expediente de la familia. No bote las solicitudes anteriores.

SECCIÓN I. IDENTIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Códigos de las Normas para Procesar Información Federal (FIPS)

El código FIPS consiste de un código para el Estado, el cual consta de un número de dos dígitos y el código de los Condados, el cual tiene un número de tres dígitos. El código para California es: 06

Los Códigos de los Condados de California son los siguientes:

001 Alameda	041 Marin	081 San Mateo
003 Alpine	043 Mariposa	083 Santa Barbara
005 Amador	045 Mendocino	085 Santa Clara
007 Butte	047 Merced	087 Santa Cruz
009 Calaveras	049 Modoc	089 Shasta
011 Colusa	051 Mono	091 Sierra
013 Contra Costa	053 Monterey	093 Siskiyou
015 Del Norte	055 Napa	095 Solano
017 El Dorado	057 Nevada	097 Sonoma
019 Fresno	059 Orange	099 Stanislaus
021 Glenn	061 Placer	101 Sutter
023 Humboldt	063 Plumas	103 Tehama
025 Imperial	065 Riverside	105 Trinity
027 Inyo	067 Sacramento	107 Tulare
029 Kern	069 San Benito	109 Tuolumne
031 Kings	071 San Bernardino	111 Ventura
033 Lake	073 San Diego	113 Yolo
035 Lassen	075 San Francisco	115 Yuba
037 Los Angeles	077 San Joaquín	
039 Madera	079 San Luis Obispo	

SECCIÓN IV. DATOS DE LOS NIÑOS

Columna 4: Códigos de Necesidades Especiales

21 Infante	24 Severamente Incapacitado
22 Necesidades Excepcionales	25 Habilidad Limitada del Inglés (LEP)
23 Servs. Protectores del Niño	26 Sin necesidades especiales
	27 Niños (18 – 36 meses)

Columna 5: Códigos de Etnia

1 Blanca	4 Asiática
2 Negra o Afro-Americana	5 India Americana o Nativo de Alaska
3 Hispana o Latina	6 Isleño del Pacífico o Hawaiano

Columna 6: Códigos de las Lenguas Maternas

18 Alemán	04 Coreano	00 Inglés
11 Árabe	14 Croata	27 Italiano
12 Armenio	01 Español	08 Japonés
42 Asirio	16 Farsi (Persa)	50 Khmu
13 Birmano	17 Francés	51 Kurdo
09 Camboyano	19 Griego	47 Lahu
03 Cantonés	43 Gujarati	10 Laosiano
36 Cebuano (Visaya)	21 Hebreo	88 Lenguas Nativas Americanas
54 Caldeo	23 Hmong	07 Mandarín (Putonghua)
20 Chamarra (Guam)	15 Holandés	24 Húngaro
39 Chaozhou (Chaochow)	25 Ilocano	44 Mien
	26 Indonesio	49 Mixteco

Columna 6: Códigos de las Lenguas Maternas (Continuación)

40 Pashto	52 Servio-Croata	38 Ucraniano
41 Polaco	05 Tagalo (Filipino)	35 Urdu
06 Portugués	46 Taiwanés	02 Vietnamés
28 Punjabi	32 Tailandés	55 Otras lenguas de la China
29 Ruso	53 Toishanese	66 Otras Lenguas de las Filipinas
45 Rumano	34 Tonganés	99 Todas las demás Lenguas
30 Samoano	33 Turcomano	
31 Servio		

Columna 7: Códigos de los Programas

GCTR:	General - Guardería con base en un Centro o en una Casa de Familia.
GAPP:	Pago alternativo
GPPE:	Preescolar Estatal
GWAP:	Preescolar Estatal a Tiempo Completo
GCAM	Campus de Cuidado Infantil (con contendor)
:	Día extendido de Guardería (Latchkey)
GLTK:	Alfabetización Latchkey
GLIT:	Guardería Migratoria
GMIG:	Servicios Protectores del Niño
GCPS:	Cuidado para Niños de Edad y Escolar y Desarrollo del Niño.
GSAP:	Infante Guardería para Niños Inválidos
GHAN:	
GHUD:	Guardería General HUD
GFCC:	Guardería en Casa de Familia
FCTR:	Fondo de Subvención Federal - 25% con base en un Centro
FAPP:	Fondo de Subvención Federal - 75% Pago alternativo
FCPS:	Fondo de Subvención Federal - 75% Servicios Protectores del Niño.
FHUD:	Guardería Federal HUD
FFCC:	CCFD Guarderías en Casas de Familia
CDSS:	Etapa 1 - CalWorks
GCAL:	Etapa 2 - CalWorks
FAPX:	Etapa 3 - Contrato de Pago Alternativo

Columna 8 - Códigos de Tipo de Cuidado

02	Guardería en casa de familia licenciada/reglamentada
03	Guardería de un grupo en un hogar licenciada/reglamentada
04	Guardería con base en un centro licenciada/reglamentada
05	Funciona legalmente (sin categoría de licencia disponible en el estado), cuidado en casa proporcionado por un pariente.
06	Funciona legalmente (sin categoría de licencia disponible en el estado), cuidado en casa proporcionado por un no pariente
07	Funciona legalmente (sin categoría de licencia disponible en el estado), cuidado de familia proporcionado por un pariente.
08	Funciona legalmente (sin categoría de licencia disponible en el estado), cuidado de familia proporcionado por un no pariente.
11	Funciona legalmente (sin categoría de licencia disponible en el estado), con base en un centro.